

Educa VE- Iniciativa Educacional em Vigilância Epidemiológica e Imunização

CADERNO DO CURSO



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo



Educa VE
Iniciativa Educacional em Vigilância Epidemiológica



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, distribuição e Informações:
Projeto Educa VE – Real e Benemerita Associação
Portuguesa de Beneficência (BP)

EQUIPE TÉCNICA DO PROJETO EDUCA VE

Coordenação Geral do Projeto:

Karina Barros Calife Batista

Clélia Neves de Azevedo
Erica Eloize Peroni Ferreira
João Luiz Gaspar
Higor de Oliveira da Silva
Marina Parrilha Nunes Pereira
Patrícia Cristina Cavalari de Oliveira
Priscilla Rodrigues dos Santos
Talita Rantin Belucci
Thais Rose Baudracco

ESPECIALISTA MATRICIADORES:

Ana Freitas Ribeiro
Carla Magda Allan Santos Domingues
Karina Barros Calife Batista
José Cassio de Moraes
Paulo Carrara de Castro
Oziris Simões

EQUIPE TÉCNICA E PEDAGÓGICA

Ana Freitas Ribeiro – Consultoria Técnica
Karina Barros Calife Batista – Coordenadora
Erica Eloize Peroni Ferreira – Especialista Pedagógica e
Produção EAD
João Luiz Gaspar – Design gráfico e editorial

FACILITADORES

Adriana de Oliveira Begliomoni Graminha
Ageu Quintanilha Viana Nascimento
Akemi Fumonke
Amena Alcântara Ferraz
Anderson Belmont Correia de Oliveira
Antonia Maria da Silva Teixeira
Brigina Kemp
Camila Brederode Sihler
Flávia Serrano Batista
Hellayne Cláudia Heiko Yoshi Okuyama
Janaina Vasconcelos Rocha
Márcia Regina Souza Batista
Maria Cristina Willemann
Maria Lia Silva Zerbini
Marina Manzano Capeloza Pilz
Maura Vanessa Silva Sobreira
Pedro Augusto da Silva Soares
Perla Cristina da Costa Santos do Carmo
Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda
Sonia Francisca de Paula Monken

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nísia Verônica Trindade Lima

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)

Ethel Leonor Noia Maciel

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)

Alda Maria da Cruz
Karla Neves Laranjeira Braga

Coordenação Geral de Vigilância Arbovirozes (CGARB)

Livia Carla vinhal Frutuoso
Aline Machado Rapello do Nascimento
Poliana da Silva Lemos

Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis (DPNI)

Eder Gatti Fernandes

Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI)

Ana Catarina de Melo Araujo
Soniery Almeida Maciel
Ana Karolina Barreto Berselli Marinho

Coordenação-Geral de Gestão de Insumos (CGGI)

Thayssa Neiva da Fonseca Viter
Karla Calvette Costa

Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis (CGVDI)

Greice Madeleine Ikeda do Carmo
Ludmila Macêdo Naud
Marcela Santos Corrêa da Costa

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas
Rosangela Treichel Saenz Surita

REAL E BENEMÉRITA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE BENEFICÊNCIA (BP)

Diretora Executiva

Maria Alice Rocha

Gerente Executivo PROADI SUS

Dante Dianezi Gambardella

Gerente de Projetos PROADI SUS

Rodrigo Quirino dos Reis

Especialista Planejamento Econômico Financeiro

Erika Palmira Domingues Soares

Coordenadora de Projetos Filantrópicos

Daniele de Souza Braz

Consultor de Projetos

Eduardo Augusto Oliveira Barrozo

Educa VE - Iniciativa Educacional em Vigilância Epidemiológica:

Caderno de curso / [organização Karina Barros Calife Batista, Clelia Neves de Azevedo, Erica Eloize Peroni Ferreira]. -- São Paulo, SP : Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-980092-0-5

1. Doenças transmissíveis 2. Educação em saúde 3. Saúde pública 4. Serviços de saúde 5. Vigilância epidemiológica I. Batista, Karina Barros Calife. II. Azevedo, Clelia Neves de. III. Ferreira, Erica Eloize Peroni.

CDD-610.7

NLM-WA-590

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação em saúde 610.7

Maria Carolina Coteco de Souza – Bibliotecária – CRB-8/9156

Sumário

A Vigilância em Saúde no SUS no Contexto Atual.....	05
Projetos de Apoio ao SUS.....	06
O Curso de Aperfeiçoamento – Iniciativa Educacional em Vigilância Epidemiológica.....	06
O Processo Educacional: Especialistas Matriciadores e Facilitadores de Aprendizagem.....	08
Objetivos e Metas do Curso.....	08
Justificativa e Relevância do Projeto Educa VE para o SUS.....	09
Cursos de Aperfeiçoamento – Formações de 60 Horas e 30 Horas.....	09
Concepção Educacional e Desenho Pedagógico do Curso.....	10
Cronograma e Conteúdo Programático.....	12
Atividade Final: Boletim Epidemiológico ou Relato de Experiência.....	14
Trilha de Aprendizagens e Recursos Educacionais.....	14
Avaliações de Aprendizagem.....	15
Avaliações Somativa.....	16
Avaliações do Curso.....	16
Frequência.....	16
Assiduidade, Ausência e Desligamento no Curso.....	17
Programa: Resgate do Módulo.....	17
Média Final no Curso.....	17
Plano de Melhoria (Alcance da Média Final).....	18
Matrícula e Prazo Limite para Confirmação da Entrada no Curso.....	19
Critérios de Certificação.....	19
Conteúdo Adicional.....	20
Vigilância em Saúde.....	20
Arboviroses.....	27
Saiba Mais.....	30
Referências.....	30
Anexos.....	33

Caro(a) profissional em formação,

Este é um convite para você construir trajetórias educacionais nas quais a Vigilância em Saúde consiste no principal objeto do processo de ensino-aprendizagem. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a institucionalização de ações de Vigilância em Saúde, nas redes de atenção, constitui um desafio importante, se consideradas a complexidade e a heterogeneidade do quadro epidemiológico atual. Por isso o Ministério da Saúde (MS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS) privilegiaram a Vigilância em Saúde nesta iniciativa educacional vinculada ao Programa de Apoio ao Fortalecimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

A definição e a articulação das iniciativas dos Projetos de Apoio ao SUS contam com a participação de representantes do MS e do CONASEMS. Nesse contexto, a Beneficência Portuguesa (BP), como um dos parceiros do Ministério da Saúde, no PROADI, vem desenvolvendo conjunto de ações articuladas aos Projetos de Apoio ao SUS. Dentre elas, destaca-se esta iniciativa educacional, com foco na Vigilância em Saúde: **Educa VE**.

Para o triênio 2021-2023, os materiais didáticos do projeto Educa VE serão ofertados a dois segmentos: público A, dividido em cinco ciclos de 600 (seiscentos) participantes, totalizando 3 (três) mil profissionais de saúde atuantes no SUS, e público B, com o potencial para a formação para até 30 (trinta) mil profissionais e estudantes da área da saúde, profissionais da educação e da assistência social. A iniciativa, inserida nos Projetos de Apoio ao SUS, da BP, visa a transferir tecnologia educacional a seus participantes, comprometida com o desafio de promover e de qualificar as ações de promoção da saúde, de prevenção e de controle de problemas de saúde pública. Tal ação se dará por meio do desenvolvimento de capacidades para atuar na Vigilância em Saúde, orientadas pelo método, pelo raciocínio e pelas evidências epidemiológicas, visando à melhoria das condições de saúde da população.

Um dos diferenciais desta iniciativa educacional é a organização curricular, ancorada numa abordagem construtivista e orientada por competências, baseada em metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Nesse panorama, as ações educacionais desse curso buscam promover a capacidade de aprender a aprender, o trabalho em equipe, a postura ética, colaborativa e comprometida com as necessidades de saúde da sociedade, além de aprofundar, de modo crítico e reflexivo, o conhecimento cientificamente produzido.

Desejamos aos participantes uma vivência educacional que contribua para o crescimento pessoal e profissional, como estratégia para a organização de práticas de Vigilância em Saúde voltadas à construção de um cuidado seguro e com qualidade, pautado na integralidade com ampliação do acesso, no âmbito do SUS.

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO SUS NO CONTEXTO ATUAL

A Vigilância em Saúde consiste em um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para proteger a saúde da população e para promover a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, segundo a Portaria 1.378, de 9 de julho de 2013 (BRASIL, 2013).

A consolidação das ações de Vigilância em Saúde sempre constituiu um enorme desafio ao SUS, especialmente por sua perspectiva de intersetorialidade. Diversos atores e interesses envolvem-se em ações práticas, as quais dependem da atuação coordenada e articulada entre os governos federal, estadual e municipal — o país compõe-se de 26 (vinte e seis) estados e do Distrito Federal, que somam 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta) municípios com autonomia legal para a tomada de decisão na saúde. A importância dessa articulação e da pactuação interfederativa ficou muito clara no auge da pandemia da COVID-19, momento que demandou enorme necessidade de coordenação nacional efetiva e em tempo oportuno, que garantisse também direitos aos usuários, um dos princípios fundamentais do SUS.

Vale destacar que, no Brasil, a atuação da Vigilância em Saúde inclui a prevenção e o controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, de acidentes e de violências, da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. Somam-se a esses elementos as ações de Vigilância Sanitária e a incorporação das políticas e das ações de promoção à saúde. Esses objetivos podem ser garantidos por meio do aprimoramento da qualidade dos sistemas de informação, da manutenção de altas coberturas vacinais, da redução das taxas de incidência e mortalidade por tuberculose e da introdução da vigilância de influenza.

A complexidade da vigilância, que aumentou diante dos desafios surgidos com a pandemia e a epidemia de dengue e de outras arboviroses, demanda respostas rápidas e oportunas. Porém, a partir da ampliação do escopo da Vigilância em Saúde e da descentralização das ações para estados e municípios, as diferenças de resposta e de enfrentamento são marcantes, já que nem sempre estão adequadamente estruturados para responder à heterogeneidade do quadro epidemiológico.

Nesse sentido, destaca-se a sobreposição de problemas como as doenças transmissíveis, incluindo as emergentes, as não transmissíveis e outros agravos, como as violências e os acidentes, problemas ambientais, em contextos culturais, políticos e socioeconômicos diversos.

Além disso, vale destacar que a execução de práticas de Vigilância em Saúde pressupõe o desenvolvimento de competências capazes de exercitar o raciocínio epidemiológico, de estabelecer relações de natureza causal, como identificar os determinantes e riscos existentes à saúde, relações de causa-efeito, medidas de prevenção e controle adequadas para um conjunto de doenças e agravos. Nesse contexto, esta iniciativa educativa visa capacitar profissionais de saúde a contribuir para a institucionalização e o aprimoramento das práticas da Vigilância em Saúde de forma integrada à rede de serviços de saúde nos municípios onde atuam e, em última instância, melhorar, em alguma medida, a saúde da população brasileira.

PROJETOS DE APOIO AO SUS

As iniciativas educacionais de Apoio ao SUS, desenvolvidas pela BP, são previamente definidas e pactuadas com o Ministério da Saúde. A participação de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e de técnicos de diversos setores do Ministério da Saúde na construção e na pactuação dessas iniciativas, valoriza a perspectiva dos gestores locais, estaduais e federais na identificação de necessidades e de desafios a enfrentar no desenvolvimento institucional do SUS.

Por meio da capacitação de profissionais de saúde e da elaboração de projetos de intervenção na realidade, os Projetos de Apoio ao SUS, da Beneficência Portuguesa, contemplam, no referido triênio, iniciativas educacionais voltadas: (i) à constituição e ao fortalecimento de regiões de saúde e redes de atenção à saúde; (ii) à ampliação do acesso, à humanização e à integralidade do cuidado à saúde; (iii) à articulação de processos de formação, de atenção e de desenvolvimento tecnológico, em cenários do SUS e (iv) à disseminação de ferramentas e de dispositivos da gestão clínica para a melhoria da eficiência e da efetividade nos serviços de saúde, com qualidade e segurança para pacientes e profissionais.

Do ponto de vista pedagógico, as iniciativas educacionais ancoram-se numa abordagem construtivista, orientada por competência e baseada no uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Na perspectiva de uma educação permanente aos trabalhadores do SUS, a ampliação da capacidade crítica, por meio de enfoque problematizador da educação, visa transformar as práticas de saúde, no sentido de melhorar a qualidade da atenção.

Nesse contexto, a sistematização de referenciais teórico-metodológicos, nas áreas de atenção à saúde, de gestão em saúde e de educação em saúde, faz parte do portfólio de estudos, de realizações e de pesquisas da Beneficência Portuguesa.

Para desenvolver as ofertas e as iniciativas educacionais, a BP pretende enfatizar a descentralização das ações e a singularidade dos territórios, operando a partir de uma metodologia interativa, dialógica e problematizadora para a formação dos trabalhadores de saúde.

O CURSO DE APERFEIÇOAMENTO – INICIATIVA EDUCACIONAL EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E IMUNIZAÇÃO

Este curso foi construído a partir da identificação de macroproblemas na Vigilância em Saúde, no contexto do SUS, e do diálogo com o perfil de competência do especialista a capacitar. Os macroproblemas representam os principais desafios da Vigilância em Saúde no SUS e foram definidos pelos autores dos conteúdos semanais, a partir de uma leitura reflexiva sobre a atual realidade enfrentada pelos gestores e pelos profissionais de saúde na promoção, na prevenção e no controle de problemas de saúde pública nesse contexto.

Os principais macroproblemas, de acordo com os profissionais da saúde, são:

“Insuficiência de Planejamento Estratégico e Gestão baseada em Evidências Epidemiológicas”

A Vigilância em Saúde não incorpora, ou incorpora de maneira insuficiente, o planejamento estratégico que valorize as evidências epidemiológicas, o monitoramento e a avaliação de ações de saúde, como instrumentos que auxiliam a tomada de decisão e, conseqüentemente, a adequada resposta da Vigilância em Saúde.

“Pouca articulação e integração das ações de Vigilância em Saúde”

As Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e da Saúde do Trabalhador não se articulam de forma satisfatória e não se integram com outros órgãos do setor saúde e extrasetoriais, nem asseguram a participação da população.

A gestão dos serviços e das ações de saúde não incorpora o conhecimento epidemiológico como abordagem capaz de orientar a sua prática, de maneira que os profissionais da assistência não se co-responsabilizam pelas intervenções de vigilância, necessárias desde a suspeita do agravo. Além disso, os profissionais de vigilância não conseguem atuar nos momentos que antecedem o preenchimento da ficha de notificação.

“Baixa mobilização e subutilização de recursos para a Vigilância em Saúde”

O pouco conhecimento dos técnicos e dos gestores da vigilância, sobre o conjunto de regras e dispositivos que regulam e asseguram os repasses financeiros para a vigilância, pode resultar em subutilização dos recursos disponíveis. Os procedimentos administrativos que permitem a aplicação dos recursos financeiros são desconhecidos dos gestores e de técnicos de Vigilância em Saúde. Soma-se a isso o relativo despreparo dos gestores de vigilância para planejar e executar os recursos de forma plena com vistas a minorar as deficiências de estrutura física, de insumos e de capacitação dos profissionais.

“Baixa apropriação e disseminação de melhores práticas”

A Vigilância em Saúde não se encontra adequadamente estruturada para responder à heterogeneidade e à complexidade do quadro epidemiológico atual, em que se sobrepõem problemas como as doenças transmissíveis, somando-se a outros agravos como as violências e traumas, problemas ambientais, em contextos culturais, políticos e socioeconômicos diversos. A deficiência na qualificação dos membros das equipes de vigilância compromete o processo de trabalho, bem como os resultados alcançados nos diferentes contextos sociais e institucionais. O insuficiente domínio de ferramentas, para gerir o trabalho multiprofissional em equipe, acarreta baixa capacidade de reflexão coletiva sobre o processo de trabalho, desvalorização dos profissionais e enfraquecimento do potencial da equipe. A ausência de espaços para compartilhar conhecimento e que permitam a transformação do conhecimento tácito em explícito, gera baixa apropriação da experiência produzida no enfrentamento dos problemas e debilidade do processo institucional de gestão da Vigilância em Saúde.

“Pouca efetividade da comunicação”

A forma de comunicar informações de interesse da Vigilância em Saúde é pouco eficaz, pois, em geral, se dá por meio de uma linguagem não adequada aos diversos públicos, sejam os gestores,

sejam profissionais de saúde, seja a população. Mecanismos débeis de comunicação acarretam interação deficiente entre os diferentes setores da vigilância, ampliando o isolamento e a fragmentação dos processos de trabalho. A falta de proatividade da vigilância para comunicar-se em diferentes mídias, assim como sua subordinação à veiculação de notícias de interesse dos meios de comunicação, associada ao despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as tecnologias da informação e comunicação, reduzem o potencial de participação social, a transparência e a efetividade das ações.

“Baixa qualidade do dado e deficiência no uso, análise e disseminação da informação epidemiológica”

A fragmentação do processo de trabalho, o desconhecimento sobre o valor e a utilidade do dado colhido no processo de resposta ao problema de saúde, acrescidos da diversidade e do excesso de instrumentos de coleta de dados, comprometem a qualidade das informações da vigilância. A ausência de retroalimentação, processo intrínseco às intervenções dessa área da saúde, que compreendem a identificação do agravo, a produção de conhecimento relacionado a ele e a disseminação da informação produzida a partir das intervenções realizadas, impacta negativamente a qualidade das informações.

O PROCESSO EDUCACIONAL: ESPECIALISTAS MATRICIADORES E FACILITADORES DE APRENDIZAGEM

Os docentes que respondem pelo domínio dos conteúdos específicos das áreas do perfil de competência a trabalhar são chamados de especialistas, conteudistas e matriciadores. Os especialistas participam da elaboração dos conteúdos, das atividades educacionais e dos materiais didáticos, sendo referência, no seu campo de atuação, para os facilitadores de aprendizagem. Os tutores que vão atuar diretamente com os profissionais em formação são chamados de facilitadores de aprendizagem e devem dominar as estratégias e as metodologias pedagógicas empregadas na iniciativa educacional.

No triênio 2021-2023, para o EDUCA VE, a BP selecionou 20 (vinte) facilitadores de aprendizagem, responsáveis pela capacitação de 3 (três) mil profissionais das redes de atenção à saúde, com ênfase na vigilância. Além desses, das iniciativas educacionais dos Projetos de Apoio ao SUS, participam seis especialistas e autores. Respondendo pela gestão dessas iniciativas, há um conjunto de profissionais que atuam na coordenação do curso, no apoio matricial às regiões e aos participantes do Comitê Gestor do curso e na facilitação de encontros de educação permanente entre os facilitadores de aprendizagem.

A fim de acompanhar o desenvolvimento das iniciativas, de maneira articulada com os especialistas e facilitadores de aprendizagem, serão realizados os encontros de educação permanente denominados Reflexão da Prática docente (RP). Assim podemos, em processo, identificar limitações, obstáculos e conquistas em tempo oportuno para produzir ajustes e melhorias. A RP desenvolve-se em reuniões de planejamento, de avaliação e de reflexão, com especialistas e facilitadores de aprendizagem, além da coordenação do curso, momento quando se amplia o comprometimento de todos com um processo de avaliação crítica e reflexiva.

OBJETIVOS E METAS DO CURSO

Oferecer capacitação e atualização a 3 mil (três mil) profissionais da saúde, com formação no ensino superior, médio e técnico, com especial interesse na participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) que sejam atuantes no SUS em todos os estados e no Distrito Federal. Em consonância com as necessidades e as expectativas do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, será priorizada a formação dos profissionais atuantes nos municípios brasileiros com até 20 (vinte) mil habitantes e demais municípios de referência nas macrorregiões, numa perspectiva de construção de rede.

A iniciativa também disponibilizará material educativo para baixar o curso que será utilizado para estruturar estratégias educacionais a distância, em todos os estados do país, incluindo as regiões de difícil acesso. Ao encontro com a visão da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde, a Vigilância Epidemiológica exige dos profissionais de saúde, que atuam nos diversos níveis de atenção, a formação necessária para desenvolver atividades conforme a complexidade de suas funções. No mundo globalizado, em que as doenças circulam rapidamente de um continente a outro, desenvolver a capacidade para detectar casos suspeitos de doenças, que compõem a lista de notificação compulsória nacional, bem como das enfermidades ou agravos inusitados, é fundamental para que se apliquem, de forma eficiente, as ações de prevenção e de controle.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO PROJETO EDUCA VE PARA O SUS

Após a conclusão do projeto, o SUS poderá contar com profissionais mais preparados para lidar com estratégias emergenciais de controle e de aprimoramento de resposta às epidemias e às endemias. Exemplo da necessidade desse conhecimento ocorreu quando o sistema público de saúde enfrentou, em 2015, o desafio de conter casos de microcefalia associados à infecção pelo Zika vírus, durante a gestação, ano em que o país teve de voltar os esforços para combater a propagação desses casos.

Mais recentemente, os esforços se concentraram à pandemia da COVID-19. Como se vê, a Vigilância Epidemiológica necessita de profissionais bem capacitados frente às possíveis emergências em saúde pública, com o objetivo de aprimorar a identificação de casos e o rastreamento de contatos. Essa modalidade se utilizou para identificar indivíduos que tiveram contato com pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 e colocá-los em isolamento com apoio. Desse modo, se pode encontrar uma fonte de infecção ao identificar locais ou eventos onde ela pode ter ocorrido, possibilitando, assim, a implementação de medidas de saúde pública e sociais direcionadas. O papel da Atenção Primária de Saúde (APS) é fundamental também para o aumento da cobertura vacinal, com a participação ativa dos Agentes Comunitários de Saúde, dos Agentes Comunitários de Endemias e de outros profissionais.

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO – FORMAÇÕES DE 60 HORAS E 30 HORAS

O projeto EDUCA VE constitui iniciativa educacional em Vigilância em Saúde, com ênfase na Vigilância Epidemiológica e com o objetivo de ampliar o raciocínio epidemiológico no enfrenta-

mento às doenças infecciosas, em especial a COVID-19 e as arboviroses. Além desse foco, objetiva-se garantir os processos de imunização nos municípios e regiões de saúde em território nacional, sob a perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, sendo uma parceria entre Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e BP (Beneficência Portuguesa) por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS).

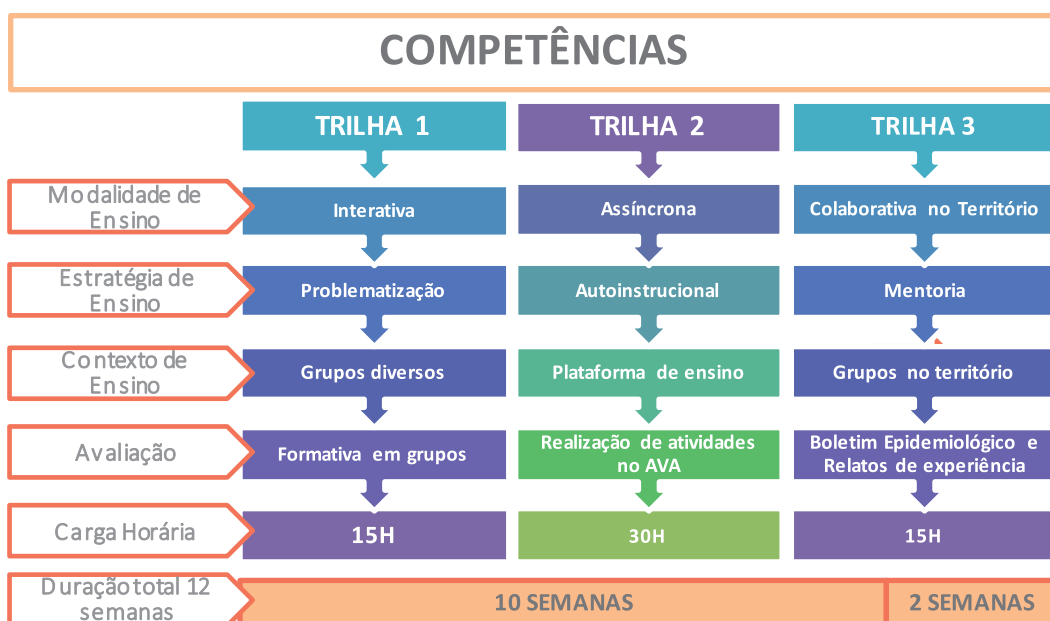
Com carga horária de 60 (sessenta) horas, o curso abrange três áreas de competências: identificação de agravos e implementação de resposta coordenada; notificação e investigação de agravos e estratégias de imunização. As aulas, distribuídas em material de estudo, e gravadas, têm o objetivo de transformar o conhecimento em ações para a melhoria da qualidade de vida da população local por meio da atuação de equipes multidisciplinares presentes no Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, os nossos tutores, com formação para capacitar profissionais de saúde na área de Vigilância em Saúde e aptos nas metodologias empregadas nos cursos do Projeto de Apoio ao SUS, são chamados de facilitadores de aprendizagem. Esses facilitadores capacitarão os profissionais de saúde indicados pelos municípios das macrorregiões selecionadas a partir dos indicadores pactuados no Comitê Gestor do EDUCA VE. Os cursos serão realizados em modalidade à distância (EAD), percorrendo as três trilhas educacionais, tendo oferta de cinco ciclos para o público A. Há também outro curso de oferta ampla e contínua, de metodologia autoinstrucional, voltada para o público B. Os cursos de aperfeiçoamento têm potencial para alcançar, ao final do triênio, até 33 (trinta e três mil) certificações.

Concepção educacional e desenho pedagógico do curso

A carga horária total do curso será distribuída em 20 (vinte) horas mensais, durante três meses e será ofertada em Plataforma Moodle. A modalidade de oferta é a distância com atividades *on-line* e assíncronas, e requer disponibilidade de cinco horas semanais, que podem ser cumpridas conforme a necessidade de cada profissional em formação.

Figura 1: Trilhas de Aprendizagem



Fonte: elaborado pelo autor

Trilha 1: os profissionais em formação serão distribuídos em grupos numa composição que permita a maior diversidade possível em relação às regiões de atuação e à área multiprofissional. As turmas realizarão 15 (quinze) horas de atividades assíncronas, em fóruns virtuais, mediadas por facilitadores, e ancoradas na metodologia da problematização.

Trilha 2: será disponibilizada plataforma educacional Moodle onde, de forma assíncrona e autoinstrucional, durante 30 (trinta) horas, os profissionais em formação realizarão atividades baseadas nas competências do curso e de acordo com seu nível de formação, com apoio dos facilitadores por meio de discussões em fóruns.

Trilha 3: durante o desenvolvimento dessa trilha, de forma colaborativa com vistas à aplicação no território, os cursistas, junto à equipe multiprofissional, aplicarão as competências do curso elaborando uma atividade final (boletim epidemiológico ou relato de experiência), sob mentoria remota do facilitador.

Como funciona a Semana Educacional

Para ajudar no entendimento do curso, desenhamos uma semana padrão das atividades desenvolvidas no AVA, a fim de que os alunos possam organizar seus estudos e saber o tipo de atividade proposta, bem como para que os especialistas distribuam os assuntos da forma que acharem mais coerente e potente do ponto de vista educacional. Além de permitir o acompanhamento dos perfis de competências por semana educacional, os fóruns pedagógicos das Semanas Educacionais serão acompanhados pelos facilitadores.

A dinâmica da Semana Educacional (padrão) ocorrerá da seguinte forma:

Toda sexta-feira: a plataforma de educação a distância (EAD) será alimentada e aberta aos alunos, a fim de disponibilizar os materiais da semana educacional para estudo: videoaulas, conteúdo instrucional do tema abordado, leituras complementares (artigos, produções técnicas, leituras recomendadas etc.)

Toda sexta-feira: será aberto um fórum pedagógico com os disparadores (casos clínicos, situação problema, boletins etc.), manejado pelos facilitadores, para troca de experiências e visualização de atividades comuns ao território durante toda a semana educacional. É importante que se acesse o fórum na vigência das semanas educacionais, antes do seu encerramento, conforme o calendário do curso.

Toda terça-feira: serão disponibilizadas as atividades avaliativas da semana educacional. É recomendado que as concluam até a quinta-feira da semana vigente, mas as atividades permanecem abertas para que os profissionais em formação as retomem a qualquer momento. Também às terças-feiras, ao final de cada módulo temático, será disponibilizada uma Avaliação de Reação para que cada um(a) possa avaliar o conteúdo e sua experiência de aprendizagem.

Quadro 1: Funcionamento da Semana Educacional

Dia 1 (sexta-feira)	Dia 2 (sábado)	Dia 3 (domingo)	Dia 4 (segunda-feira)	Dia 5 (terça-feira)	Dia 6 (quarta-feira)	Dia 7 (quinta-feira)
Abertura: Publicação da Aula + atividades				Início e término para a realização das atividades questionário		
Interações nos fóruns pedagógicos durante toda a semana educacional – articulação dos Facilitadores com alunos (pode-se promover “provocações” a partir das questões disparadoras						
Trilhas 1 e 2						

Fonte: elaborado pelo autor

Cronograma e conteúdo programático

O desenho pedagógico do curso estrutura-se em semanas educacionais em que se ofertarão os conteúdos e as atividades a desenvolver semanalmente no AVA. O conteúdo programático distribui-se em 10 (dez) semanas pedagógicas, seguindo a distribuição temática:

Quadro 2: Distribuição das Semanas Educacionais

Semanas educacionais*	Títulos	Temáticas para a elaboração dos conteúdos	Atividades
Semana 1	Vigilância em Saúde: conceitos gerais	Conceito de Vigilância Epidemiológica, de Doenças de Notificação Compulsória e de etapas de Vigilância Epidemiológica (notificação, investigação e implementação de medidas de Controle) e de Boletim epidemiológico	Fórum Pedagógico + questionário
	Avaliação de Reação – Módulo temático 1		Pesquisa de Satisfação no AVA
Semana 2	Vigilância Epidemiológica: COVID-19	Agente etiológico, aspectos epidemiológicos, período de incubação, período de transmissibilidade, manifestações clínicas, Síndrome Gripal, Síndrome Respiratória Aguda Grave, diagnóstico laboratorial, RT-PCR, antígeno, sorologia, medidas de prevenção, biossegurança para profissionais da saúde, isolamento e quarentena, rastreamento de contatos e vacinação.	Fórum Pedagógico + questionário
Semana 3	Vigilância Epidemiológica das síndromes respiratórias	Definição de caso (suspeito, confirmado, laboratorial, clínico, clínico Epidemiológico, clínico imagem e descartado), Síndrome Respiratória Não Especificada, investigação epidemiológica, preenchimento da ficha de investigação epidemiológica, sistema de Informação sus-ve, medidas de controle, isolamento, quarentena e rastreamento de contatos.	Fórum Pedagógico + questionário
Semana 4	Medidas não farmacológicas, vacinação e o que sabemos sobre as condições pós-covid/ covid longa.	Distanciamento social, isolamento e quarentena; rastreamento de contatos; vacinação, tipos de vacina eficácia, doses, condições pós-covid e covid longa, manifestações clínicas, diagnóstico e rede de cuidado.	Fórum Pedagógico + questionário
	Avaliação de Reação – Módulo temático 2		Pesquisa de Satisfação no AVA
	Atividade final do curso: primeiras orientações e formação de grupos		Live e Fórum com facilitadores

Semana 5	Bases imunológicas da imunização	Plataforma de vacina, duração da resposta às vacinas e dos eventos adversos pós-vacina.	Fórum Pedagógico + questionário
	Avaliação Formativa Intermediária		Feedback do Facilitador
Semana 6	Avanços e desafios da vacinação no Brasil	Estratégias, histórico do controle das doenças imunopreveníveis, importância do programa de imunização no mundo e no Brasil, conceitos de controle, de eliminação e de erradicação.	Fórum Pedagógico + questionário
Semana 7	Indicadores do Programa Nacional de Imunização	Identificar o cumprimento das metas estabelecidas para os indicadores de vacinação; coberturas vacinais: histórico e situação atual; hesitação vacinal: conceitos hesitação no Brasil; indicadores: cobertura vacinal, homogeneidade e taxa de abandono.	Fórum Pedagógico + questionário
	Avaliação de Reação – Módulo temático 3		Pesquisa de Satisfação no AVA
Semana 8	Caracterização das arboviroses	Caracterização das arboviroses (dengue, chikungunya e Zika): identificar os agentes de transmissão, os vetores as manifestações clínicas de cada uma (incubação susceptibilidade/ imunidade, sinais e sintomas evolução, recuperação), os diagnósticos de cada arbovirose, como se dá a evolução e o tratamento, a organização dos serviços necessária para a assistência a essas ocorrências; entender a relação entre a rede de serviços e o sistema de Vigilância Epidemiológica;	Fórum Pedagógico + questionário
Semana 9	Vigilância Epidemiológica para as arboviroses	Vigilância Epidemiológica para as Arboviroses; Definição de suspeito e de caso; Investigação epidemiológica; Notificação; Sistemas de Informação (fontes de dados); Organização dos dados e informações para compor relatório epidemiológico e análise para caracterizar a situação epidemiológica.	Fórum Pedagógico + questionário
Semana 10	Medidas de controle para as arboviroses	Medidas de controle para as arboviroses: indicadores para avaliação e acompanhamento do cenário epidemiológico; distribuição espacial (geoprocessamento); identificação das áreas de risco; ação em situações de surto ou epidemia; distribuição espacial dos casos; ações de bloqueio da disseminação de vetores; identificação de novos focos de vetores; educação em saúde; vigilância sanitária; fase de manutenção; monitoramento do vetor; monitoramento das áreas de risco; ações intersetoriais.	Fórum Pedagógico + questionário
	Avaliação de Reação – Módulo temático 4		Pesquisa de Satisfação no AVA
Semana 11	Atividade Final	Prazo de entrega do Boletim epidemiológico ou Relato de experiência	Entrega dos arquivos - via Tarefa no AVA
Semana 12	Plano de melhoria	Plano de Melhoria de notas e encerramento	Encerramento das atividades.

Fonte: elaborado pelos autores.

* A ordenação das semanas educacionais poderá ser alterada mediante a oferta dos ciclos.

Atividade final: produção do Boletim Epidemiológico ou Relato de Experiência

O que é um Boletim Epidemiológico?

O Boletim Epidemiológico constitui publicação de caráter técnico-científico, de acesso livre e formato eletrônico, editado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, com periodicidades mensal e semanal (para os casos de monitoramento e de investigação de doenças específicas sazonais). As secretarias estaduais e municipais de saúde, os hospitais e outras instituições, elaboram boletins epidemiológicos periódicos, com análise de doenças infecciosas, outros agravos, doenças não transmissíveis e coberturas vacinais.

O Boletim Epidemiológico deve apresentar os dados descritivos de um agravo, ou doença, em forma de tabelas, de gráficos ou de mapas, fornecendo uma compreensão rápida, objetiva e coerente dos dados. Essas ferramentas auxiliam o profissional a analisar os dados que serão disponibilizados no boletim epidemiológico, para informar gestores e profissionais de saúde, bem a população. Ao se construir o boletim, devem-se revelar, de forma clara e objetiva, os principais padrões das doenças e agravos na comunidade. Todas as tabelas, gráficos e mapas devem conter quatro elementos em comum: título, dados, fonte dos dados, notas de rodapé e texto.

- O título é colocado na parte superior da tabela. Deve ser preciso, claro e conciso, indicando a natureza do fato estudado (o quê), as variáveis escolhidas na análise do fato (como?), o local (onde?) e a época (quando?) em que foi coletado.
- Notas de rodapé explicam quaisquer abreviações, fontes de dados, unidades de medida e outros detalhes ou dados necessários.

A atividade final poderá ser realizada em grupo, ou individualmente, e requer a produção de um Boletim Epidemiológico ou Relato de Caso de Experiência, usando dados do seu município x macrorregião. Membros do grupo de profissionais em formação que já participam de produções de Boletins e que façam acompanhamentos, ou participem de equipes de vigilância, poderão, em caráter alternativo, elaborar um Relato de Caso de Experiência em seu município, utilizando, como base, documentos disponíveis.

TRILHA DE APRENDIZAGENS E RECURSOS EDUCACIONAIS

Durante as **Semana Educacionais de 1 a 10**, cada profissional em formação participará do curso seguindo tendo acesso aos seguintes conteúdos:

1. Estudo dos temas (Trilha 2 Autoinstrucional)

- **Videoaula com o Especialista.** Você terá o primeiro contato com a temática da semana por meio de um *videocast*. Contudo também terá a opção de ouvir a entrevista por meio de um podcast. Ao assisti-la, terá uma importante imersão no tema com o especialista, que abordará os principais aspectos, conceitos, desafios enfrentados e suas resoluções.

- **PPT Conceitos da Videoaula.** Esse é um material complementar à videoaula que oferece mais informações sobre o tema.
- **Conteúdo da Semana.** Em formato “Aula Interativa” você estudará todo o tema da semana educacional de forma aprofundada, bem como terá acesso às Leituras complementares.

2. Fórum Pedagógico Semanal (Trilha 1 Interativa): ao iniciar o fórum, você terá acesso a um disparador, o qual pode ser: uma situação-problema, um caso ou relato, ou até mesmo a análise de um dado ou gráfico. A partir do disparador, você participará das discussões do fórum, trazendo suas contribuições sobre as percepções e desafios do seu território, junto aos seus colegas da turma e o facilitador. Essa é uma atividade de acompanhamento pelo facilitador e importante de ser realizada pelos os profissionais estudantes do curso. A participação nos fóruns pedagógicos é um dos quesitos da avaliação formativa final.

3. Atividades avaliativas (Trilha 2 Autoinstrucional): para finalizar a semana educacional, é necessário que o profissional em formação realize o questionário avaliativo individual a cada semana. Você poderá respondê-lo a qualquer momento para alcançar a nota de aprovação 7. Os questionários poderão ser refeitos, caso não seja possível alcançar a média desejada na primeira tentativa.

4. Atividade Final (Trilha 3 Colaborativa no território): as orientações para elaborar essa atividade final serão apresentadas entre as semanas 4 e 6, quando se disponibilizará o espaço Atividade Final, contendo essas diretrizes para o trabalho colaborativo no território. Além disso, haverá a organização dos grupos para mentoria, devendo a atividade ser concluída até a Semana 12. Nesse novo espaço, haverá integração em novo grupo de alunos, a partir de um fórum que possibilita as trocas e acompanhamento com o facilitador. No prazo final, o boletim epidemiológico ou relato de experiência será entregue no AVA pelo grupo por meio da ferramenta “Tarefa”.

AVALIAÇÕES DE APRENDIZAGEM

Avaliação Formativa

O processo avaliativo acontecerá no decorrer de todo o curso, ou seja, a avaliação formativa será contínua e acompanhada pelo facilitador nas Trilhas Educacionais 1,2 e 3. Esse processo possui dois momentos, denominados de: (1) **Avaliação Formativa Intermediária** e (2) **Avaliação Formativa Final**.

(1) a primeira, **Intermediária**, será realizada no decorrer das semanas 5 e 6, quando o facilitador dará um retorno individual a cada profissional em formação presente em seu grupo de alunos. Objetiva-se descrever o percurso educacional a cada semana, apontando sobre a participação ou a ausência nas atividades do curso (fóruns pedagógicos, questionários, avaliações de reação e demais atividades). Cada profissional em formação receberá um documento enviado pelo facilitador (na Aba Atividade Final) com a finalidade de avaliar o seu percurso ao longo desse período, contendo sugestões do que necessita ou não ser melhorado, sendo essa uma etapa fundamental na melhoria do processo educacional;

(2) a segunda avaliação, a **Final**, ocorrerá por volta da semana 12, com o objetivo de reavaliar o percurso, indicando se o profissional em formação atendeu aos quesitos da avaliação intermediária, e se alcançou o progresso formativo conceitual de forma satisfatória ou insatisfatória.

Ao final, o profissional em formação receberá uma nota única para compor a média final no curso. Para os dois momentos de avaliação, será utilizada uma rubrica de avaliação que considera pertinência, contribuição, problematização e participação como critérios (entre outros) qualitativos dessa avaliação, que se dará ao longo das semanas educacionais por meio de *feedbacks* do facilitador.

Avaliação Somativa

A Trilha 2, autoinstrucional, terá como base a avaliação de caráter somativo nas 10 (dez) primeiras semanas educacionais e na Atividade Final do curso. Espera-se que o profissional em formação, baseado nos estudos da andragogia (ensino a adultos) e do ensino autodirigido, tenha autonomia para acompanhar, realizar e finalizar as suas atividades. Por isso, as avaliações ocorrerão durante as semanas educacionais.

Avaliações do curso

A avaliação do curso é composta por dois instrumentos: a Avaliação de Reação, ao final de cada módulo temático (Vigilância Epidemiológica: conceitos, COVID-19, Imunização e Arboviroses), e a Avaliação de Reação e Comportamento e NPS (a *Net Promoter Score*, uma metodologia responsável pela medição dos níveis de satisfação), ao final do curso.

A **Avaliação de Reação** tem o objetivo de avaliar o grau de satisfação no curso em relação aos seguintes aspectos: conteúdo, recursos didáticos, atividades e ferramentas tecnológicas. Nessa avaliação, torna-se imprescindível oferecer também questões direcionadas à autoavaliação do profissional em formação, como forma de orientá-lo a uma reflexão sobre seu processo de aprendizagem, sobretudo nos aspectos de organização do tempo e investimento nos estudos, na participação do curso para o alcance dos objetivos. Todos devem participar da autoavaliação, incluindo seu processo individual de aprendizagem (metacognição). Também devem avaliar a atuação de seus pares e dos professores nas interações e nas produções de novos significados nesse processo. Além do processo, os grupos devem analisar os produtos alcançados e decidir se há ou não necessidade de continuar o aprofundamento da produção de saberes.

IMPORTANTE:

As **Avaliações de Reação** são obrigatórias e sua realização, no ambiente virtual AVA será condicionante para que você avance nas semanas educacionais seguintes. **A avaliação final do curso** também será obrigatória.

Frequência

A frequência mínima será de 75% das atividades propostas no curso e deverá ser acompanhada pelo **Progresso do Estudante** (barra que indica o percentual de conclusão):

- Assistir as videoaulas das semanas;
- Leitura dos conteúdos para estudo (PPT da videoaula, aulas interativas, *e-books*, vídeos e materiais complementares);
- Realizar as atividades individuais semanais (questionário objetivo), participação nos fóruns de discussão;
- Realizar a atividade final do curso (individual ou em grupo).

Assiduidade, ausência e desligamento no curso

A **assiduidade** no curso dá-se por meio dos acessos ao ambiente virtual Moodle durante a vigência das semanas educacionais. Essa formação se desenvolve por meio de três trilhas — autoinstrucional, interativa e colaborativa —, e por sua vez a trilha interativa que prevê a participação semanal em fóruns pedagógicos ao longo do curso, além do acesso ao conteúdo para estudo da semana e realização do questionário (dedicação prevista de 5h semanais), o que garante a sua assiduidade. Os profissionais em formação que ficarem ausentes por mais de sete dias serão contatados pelo facilitador da sua turma, via plataforma, ou demais canais, com o intuito de manter o acompanhamento nas semanas educacionais.

A **ausência** no curso será registrada em duas situações: (i) ausência de acesso ao Ambiente Virtual Moodle por mais de 15 (quinze) dias configura caso passível de retorno ao curso por meio do contato com o seu facilitador do Programa Resgate do Módulo; (ii) ausência prolongada de acesso ao Ambiente Virtual Moodle por mais de 30 (trinta) dias, sem retorno às atividades, integralização dos módulos e ausência de respostas ao facilitador. Nas situações em que se apresentem todas essas características, o Comitê Gestor analisará caso a caso e deferirá (ou não) pelo desligamento compulsório no curso.

Quanto aos **desligamentos**, caso o profissional em formação se depare com situação adversa que o (a) impossibilite de dar continuidade ao curso, é importante contatar, primeiramente, o facilitador da sua turma, explicando o motivo para o seu pedido de desligamento. O facilitador, no prazo de até sete dias, retornará à coordenação antes de prosseguir com esse deferimento. É necessário também que se registre formalmente essa solicitação, enviando um *e-mail* com justificativa para a Coordenação do Projeto: **educa.ve@bp.org.br**

Programa resgate do módulo

As atividades da trilha autoinstrucional (conteúdo + questionários) ficarão acessíveis ao longo das semanas educacionais, podendo ser retomadas a qualquer momento. Já os fóruns pedagógicos da trilha interativa terão a sua duração semanal, podendo ocorrer as interações durante a vigência de cada módulo. Se houver intercorrências que comprometam a participação do profissional em formação nas semanas educacionais, ao final de cada módulo temático, o facilitador os acionará, para concluir as atividades avaliativas durante esse período. O intuito é manter a regularidade no acompanhamento das semanas, evitando-se o acúmulo de atividades ao final do curso. Os profissionais em formação poderão acompanhar as datas programadas no calendário do curso.

Média Final no curso: atividades

Formativa: avaliação formativa das trilhas educacionais em duas etapas: intermediária e ao final do curso, receberão uma nota única de 0,0 a 10,0. Essa atividade possui P2 correspondente a 30 (trinta) por cento da média final.

Somativa: questionários das semanas 1 a 10: cada semana educacional compõe-se de uma atividade avaliativa individual composta por um questionário objetivo de autocorreção, com cinco questões, valendo de 0,0 a 10,0. Essa atividade possui P1 correspondente a 50 (cinquenta) por cento da média final.

Atividade Final: atividade poderá ser realizada preferencialmente por profissionais vinculados ao município, individualmente, ou em grupo. Ao final, haverá nota única de 0,0 a 10,0. Essa atividade possui P3 correspondente a 20 (vinte) por cento da média final.

O cálculo para aprovação baseia-se na média ponderada. Nota mínima para aprovação: 7,0 na somatória (média final) do curso.

$$MP = \frac{[X1.p1] + [X2.p2] + [X3.p3]}{p1 + p2 + p3}$$

ADENDO: A análise e acompanhamento durante o Ciclo 1 Avaliativo junto ao Comitê Gestor, considerou o novo cálculo da média final para melhor adequação às necessidades e metas propostas no projeto.

Plano de Melhoria (alcance da média final)

O Plano de Melhoria será ofertado na última semana do curso (Semana 12) e disponibilizado para os profissionais em formação que se enquadrarem nas duas situações:

- 1) Baixa frequência por ausência ou baixa interatividade nos fóruns pedagógicos.
- 2) Média final insuficiente para aprovação.

O profissional em formação que obtiver média inferior, para aprovação (somativa e formativa conforme critério de participação nos fóruns), e/ou frequência insuficiente por ausência de interações, ou por baixa interatividade nos fóruns de discussão, poderá ter essa última oportunidade.

Quem estará elegível para o Plano de Melhoria? Após avaliação dos respectivos facilitadores, os profissionais em formação poderão ter acesso a uma avaliação substituta com novas questões temáticas correspondentes às semanas educacionais, que permitam o recálculo da média final suficiente para aprovação. Para os elegíveis, é necessário que sigam as orientações dos facilitadores e, durante o período, retomem as leituras e participem dos fóruns de discussão.

IMPORTANTE:

É importante que o aluno recorra ao Plano de Melhoria **somente nas situações extremamente adversas que recaiam para essa necessidade e justificáveis**. Assim, sugerimos que se mantenha a regularidade e o cumprimento dos prazos nas semanas educacionais, a fim de evitar a sobreposição de atividades durante o período de recuperação.

MATRÍCULA E PRAZO LIMITE PARA CONFIRMAÇÃO DA ENTRADA NO CURSO

Após a aprovação e a confirmação no processo seletivo e/ou na inscrição, os profissionais em formação serão contatados pela equipe responsável para o envio da documentação. Posteriormente, receberão um *e-mail* automático da Plataforma Moodle, contendo seus dados de acesso (*login* e senha) para a efetivação da sua matrícula no curso, que ocorrerá no decorrer da semana que antecede a abertura e no prazo máximo de até 24 (vinte e quatro) horas de antecedência da data de início do curso.

O primeiro acesso ao ambiente virtual de aprendizagem do curso (Plataforma Moodle), no prazo indicado pelo calendário, configurará **a confirmação da matrícula**. O limite para sua efetivação, a partir do primeiro acesso ao ambiente virtual, será de **até 15 (quinze) dias**, a partir da data de início do curso, a qual estará também condicionada ao envio da documentação comprobatória obrigatória. Caso a efetivação da matrícula (primeiro acesso via de acesso ao AVA) não ocorra nesse prazo, será considerada como desistência no curso (não matriculado), podendo ou não ocorrer novas chamadas para a ocupação das vagas.

CRITÉRIOS DE CERTIFICAÇÃO

Para obter o certificado, o profissional em formação deverá apresentar 75% de acesso aos conteúdos e ao desenvolvimento das atividades das semanas educacionais e obter de média final igual ou superior a 7,0. **Demais critérios obrigatórios para a comprovação documental do público-alvo (critérios do Edital) e o cumprimento de atividades obrigatórias no curso também serão determinantes para a emissão do certificado.**

Ao final do curso, os certificados poderão ser emitidos no próprio ambiente virtual. Os concluintes serão avisados sobre o início da emissão dos certificados no Moodle, que ficarão disponíveis, em média, durante 30 (trinta) dias corridos. Após esse período, os certificados deverão ser solicitados para o departamento responsável, por meio do contato com o suporte tecnológico: **suporte.educave@bp.org.br**

CERTIFICAÇÃO 45 HORAS

O Comitê Gestor do Educa VE estabeleceu que os profissionais em formação que realizaram as atividades semanais, atingindo notas suficientes para aprovação nos questionários e avaliação formativa, e, contudo, não entregaram a Atividade Final (Boletim Epidemiológico ou Relato de Experiência) no prazo da atividade poderão ser certificados com carga horária de 45H de curso. Será optativa e voluntária a possibilidade de completar a carga horária dessa formação, desde que haja manifestação de interesse através do *e-mail* **educa.ve@bp.org.br**. Em resposta, as orientações seguirão conforme os critérios e prazos a serem estabelecidos junto a equipe educacional.

CONTEÚDO ADICIONAL

Neste Caderno, oferecemos conteúdo adicional que compartilha os principais aspectos da Vigilância em Saúde trabalhados nos módulos temáticos da formação do Educa VE. Essa proposta é um *Guia Rápido* com informações relevantes, pensado para você, Profissional de Saúde, com importante inserção no território de sua atuação. A ideia é, assim como você, os demais profissionais o utilizem na propagação de informações adequadas e de relevância, que somam à proposta de fortalecermos cada vez mais o nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Histórico - Brasil

- Início da década de 1970: criam-se as Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE), para a campanha de erradicação da varíola;
- 1975 - V Conferência Nacional de Saúde (CNS) propõe a criação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica no país;
- Lei 6259 - Define o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS);
- 1976 - Regulamentado o SNVE pelo Decreto Presidencial nº 78231;
- Institui a notificação compulsória de casos e/ou óbitos de 14 doenças para todo território nacional- Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.

Doenças Transmissíveis

- 1990 - Institui o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do qual ocorrem importantes desdobramentos na área de Vigilância Epidemiológica;
- Final de 1990 - Incorporação de doenças de agravos não transmissíveis;

- 1999 - Portaria 1.399 regulamenta a NOB 01/96, Vigilância Epidemiológica, competências da União, estados e municípios;
- Lei 9.782 define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, atribuindo competências à União, estados e municípios, e criação da ANVISA;
- 2003 - Cria-se a Secretaria de Vigilância em Saúde e extingue-se o CENEPI;
- 2004 - Portaria cria o subsistema de Vigilância Epidemiológica no âmbito hospitalar e a rede de hospitais de referência para núcleos hospitalares de epidemiologia- Ministério da Saúde Histórico – Brasil.

Resolução nº 588, de 12 de Julho de 2018

1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS)

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), de função essencial no SUS, possui caráter universal, transversal e orientador como modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público.

A PNVS compreende a articulação dos saberes, dos processos e das práticas relacionados à:

- **Vigilância Epidemiológica:** conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não-transmissíveis, e agravos à saúde.
- **Vigilância em Saúde Ambiental:** conjunto de ações e de serviços que propiciam o conhecimento sobre os fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente, que interferem na saúde humana, e a detecção de mudanças relacionadas a eles. A finalidade é recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, de prevenção e de monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou aos agravos à saúde.
- **Vigilância em Saúde do(a) Trabalhador(a):** conjunto de ações que visam à promoção da saúde, à prevenção da morbimortalidade e à redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, integrando-se ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.
- **Vigilância Sanitária:** conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e da circulação de bens, bem como da prestação de serviços de interesses da saúde. Incluem-se, nessas ações, o controle de bens de consumo, direta ou indiretamente relacionados à saúde — bem como todas as etapas e processos, que vão da produção ao consumo — e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente à saúde.

Vigilância Epidemiológica – Atividades

- Detecção de casos (notificação);
- Investigação epidemiológica;
- Recomendação e implementação de medidas de controle;
- Produção, consolidação e análise de informações;
- Divulgação de informações;
- Avaliação das atividades.

Figura 2- Fluxo de Divulgação das Informações sobre Vigilância



Fonte: elaborado pelos autores.

Objetivos da Vigilância em Saúde:

1. Avaliar o padrão de saúde pública;
2. Definir prioridades em saúde pública;
3. Avaliar programas;
4. Conduzir pesquisas;
5. Avaliar a efetividade das atividades programáticas.

IMPORTANTE:

Informações de vigilância permitem, ao profissional de saúde, conhecer onde o problema existe, quem afeta e como pode direcionar as atividades de prevenção e de controle.

Usos da Vigilância em Saúde

Imediata detecção de ¹:

- Epidemias, problemas de saúde emergentes, de mudanças nas práticas de saúde e na resistência aos antibióticos;
- Doenças relacionadas à transmissão alimentar e a produtos biológicos;
- *Cluster* de anomalias congênitas específicas;
- Acidentes com pedestres detectados em serviços sentinelas;
- Resistência da *Neisseria gonorrhoeae* à penicilina;
- Mudanças na estrutura viral, vigilância laboratorial da influenza.

Análise da informação para:

- Estimar a magnitude de um problema de saúde pública;
- Assessorar atividades de controle;
- Definir pesquisas prioritárias;
- Testar hipóteses;
- Facilitar o planejamento;
- Monitorar fatores de risco;
- Monitorar mudanças nas práticas de saúde;
- Documentar a distribuição e a propagação de um evento de saúde.

NOTIFICAÇÃO:

“É a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde ou surto, feita às autoridades sanitárias, por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção de medidas de intervenção pertinentes.”

A comunicação de doença, de agravo ou de evento de saúde pública de notificação compulsória, à autoridade de saúde competente será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos educacionais, públicos ou privados, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa. Além deles, a comunicação pode ser feita por qualquer cidadão que deles tenha conhecimento.

CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DE DOENÇAS ALVO DA VIGILÂNCIA:

- Magnitude
- Potencial de disseminação
- Transcendência
- Vulnerabilidade
- Compromissos internacionais
- Regulamento Sanitário Internacional

¹ BROWSON RC, PETITTI DB. Applied Epidemiology. Theory to practice. 2nd edn. Oxford. Oxford University Press, 2006.

Programa Nacional de Imunizações - PNI

Em 1973, formulou-se o Programa Nacional de Imunizações (PNI), por determinação do Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura.

O objetivo principal do programa é oferecer as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso país, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea nos bairros de todos os municípios.

- 1975: institucionalizado pela Lei nº 6.259/75 e regulamentado pelo Decreto nº 78.231/76;
- 1977: publicado o primeiro calendário nacional de vacinação de rotina (Portaria do Ministério da Saúde nº 452/1977);
- Quatro vacinas obrigatórias no 1º ano de vida para proteger contra seis doenças: Poliomielite oral, DTP, Sarampo, BCG.

Conheça o atual esquema vacinal em vigência no Brasil.

Quadro 3- Calendário Nacional de Vacinação, 2022.

Nº	Calendário da Criança
1	BCG
2	Hepatite B recombinante
3	Poliomielite 1,2,3 (VIP - inativada)
4	Poliomielite 1 e 3 (VOP - atenuada)
5	Rotavírus humano G1P1 (VRH)
6	DTP + Hib + HB (Penta)
7	Pneumocócica 10-valente (PCV 10)
8	Meningocócica C (Conjugada)
9	Febre Amarela (Atenuada)
10	Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)
11	Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (SCRV)
12	Hepatite A (HA)
13	Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)
14	Difteria e Tétano (dT)
15	Papilomavírus humano (HPV)
16	Pneumocócica 23-valente (PPV 23)
17	Varicela
Nº	Calendário do Adolescente
1	Hepatite B recombinante
2	Difteria e Tétano (dT)
3	Febre amarela (Atenuada)
4	Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)
5	Papilomavírus humano (HPV)
6	Pneumocócica 23-valente (PPV 23)
7	Meningocócica ACWY (Conjugada)

N°	Calendário do Adulto e do Idoso
1	Hepatite B recombinante
2	Difteria e Tétano (dT)
3	Febre Amarela (Atenuada)
4	Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)
5	Pneumocócica 23-valente (PPV 23)
N°	Calendário da Gestante
1	Hepatite B recombinante
2	Difteria e Tétano (dT)
3	Difteria, Tétano e Pertussis acelular (dTpa)

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>

Tipos de programas de vacinação

Controle

Refere-se à aplicação de medidas voltadas à população, a fim de atingir situação de controle da doença. Visa à redução da incidência da doença ou da mortalidade, portanto, as medidas de controle estão voltadas à redução primária da morbimortalidade.

Eliminação

Consiste em medidas direcionadas à população, a fim de reduzir a zero a incidência da doença em determinada região. Mesmo que não existam casos de doença em um local, ao persistirem as causas, ela pode potencialmente voltar. Por isso, as medidas de controle ainda são necessárias e precisam ser executadas cumprindo todos os critérios estabelecidos.

Erradicação

Redução a zero e permanente na incidência mundial de uma doença. O agente já não está presente na natureza, por isso não é necessária qualquer intervenção.

Eventos adversos: o que são?

- Relacionam-se à vacina ou a quaisquer de seus componentes;
- Podem decorrer de erro programático;
- Podem advir de desvio de qualidade de um produto;
- Associados somente de maneira temporal;
- Estresse ocorrido imediatamente antes, durante ou após a aplicação;
- Não classificáveis.

Erro Programático

- Manuseio da vacina por falta de conservação ou aplicação depois do prazo de validade;
- Prescrição sem respeito ao calendário nacional de vacinação, às contraindicações e às precauções;
- Técnica de aplicação: diluição, via de administração.

“O fortalecimento das ações de imunização mudou o perfil epidemiológico das doenças imunopreveníveis em todo o mundo.”

- A vacinação contribuiu para a erradicação da poliomielite, a interrupção da transmissão da rubéola e da síndrome da rubéola congênita e a redução das doenças imunopreveníveis bem como da mortalidade infantil.
- As ações de vacinação são consideradas como uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública do país.

Síndrome Gripal (SG) e COVID-19: orientações de isolamento de indivíduos

Leve a moderado (SG): iniciar o isolamento respiratório domiciliar imediatamente poderão ser suspensos no 7º dia completo do início dos sintomas (nos casos leves) ou 10 dias para os casos moderados, se estiver afebril sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, sem a necessidade de realizar novo teste de biologia molecular ou TR-Ag. Caso o indivíduo tenha acesso a testagem, o isolamento respiratório domiciliar pode ser reduzido e suspenso no 5º dia completo a contar da data da primeira coleta, desde que permaneça assintomático durante todo o período e com resultado não detectável para teste de biologia molecular ou não reagente para TR-Ag realizado no 5º dia completo a contar da data da primeira coleta. **Nesses casos, devem ser mantidas as medidas adicionais incluindo o uso de máscaras até o 10º dia completo do início dos sintomas.**

Imunocompetentes com quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG): grave/crítico – com confirmação para covid-19 por qualquer um dos critérios (clínico-epidemiológico ou laboratorial).

As medidas de isolamento e precaução devem ser iniciadas imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que permaneçam afebris, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

ATENÇÃO: não é necessário realizar teste rápido de Antígeno (TR-Ag) ou RT-PCR/ RT-LAMP para suspender o isolamento após 10 (dez) dias.

Caso se mantenha febre ou piora dos sinais e sintomas após 10 (dez) dias de isolamento, faz-se necessário realizar avaliação médica e o afastamento seguirá de acordo com o critério clínico.

Condições pós-covid ou covid longa

Pouco mais de dois anos depois do início da pandemia, está claro que os problemas de saúde das pessoas que tiveram covid-19 **não terminam no fim da fase de infecção aguda pelo novo coronavírus.**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre **10% e 20% dos pacientes considerados curados da covid-19** (cujos exames já não detectam o vírus Sars-CoV-2), podem apresentar alterações no organismo, as quais os levam a desenvolver o que a literatura especializada chama de covid longa ou condições pós-covid.

A covid longa ou condições pós-covid caracterizam-se por sintomas que permanecem, recorrem ou aparecem pela primeira vez, cerca dois a três meses depois da infecção ativa, podendo, inclusive durar mais tempo, afetando a qualidade de vida, chegando a influenciar o desempenho no trabalho e nos estudos. Duram pelo menos dois meses e não podem ser explicados por outros motivos. No Brasil, ela se apresenta em algo entre 2,8 milhões e 5,6 milhões de pessoas.

A **OMS** criou um **Grupo de Trabalho de Uniformização de Desfechos da Covid Longa** que tem monitorado esses sintomas e conta com alguns brasileiros.

Figura 3- Grupos em que a Covid Longa ou Condições Pós-Covid é mais comum.



Fonte: Adaptado de *Office for National Statistics (ONS)*.

Arboviroses

Por que são chamadas assim?

As arboviroses (dengue, chikungunya e Zika) chamam-se assim pois têm características em comum, um quadro clínico muito parecido, na fase aguda (os primeiros dias da doença), fato que dificulta o diagnóstico clínico preciso. Por conseguinte, pode criar problemas para que a equipe de saúde realize o manejo apropriado, desencadeando, em ocasiões especiais, eventos fatais.

No que diferem?

- Dependem de elementos epidemiológicos;
- Dos agentes (no caso vírus, e suas diferentes cepas e tipos);
- Dos fatores ligados ao hospedeiro, tais como sexo, idade, presença de doenças concomitantes (comorbidades);
- E da condição social:
- A compreensão sobre o processo de adoecimento;
- A procura por serviços de saúde;
- E o acesso a eles.

O que têm em comum?

- Esses vírus têm em comum um ciclo que geralmente inclui reservatório animal — ave ou mamífero — e um vetor artrópode, às vezes mais de um reservatório ou vetor;
- Os vírus DENV, CHIKV e ZIKV são arbovírus (*Arthropod-borne virus*), ou seja, se transmitem por artrópodes. Denominam-se assim não somente por sua veiculação, mas, principalmente, pelo fato de parte de seu ciclo replicativo ocorrer nos insetos.
- O vetor (aquele que carrega o vírus).

Os vetores

- No Brasil, os insetos vetores de dengue, chikungunya e Zika são mosquitos da família *Culicidae*, pertencentes ao gênero *Aedes*, do subgênero *Stegomyia*;
- A espécie *Aedes aegypti* é a única comprovadamente responsável pela transmissão, no país, de tais arboviroses; ela também pode ser transmissora do vírus da febre amarela em áreas urbanas;
- Essa espécie se distribui, geralmente, em regiões tropicais e subtropicais;
- No Brasil, encontra-se disseminada em todas as UFs, amplamente dispersa em áreas urbanas.

Como se transmitem?

- Os três arbovírus podem ser transmitidos ao homem por:
- via vetorial: vertical e transfusional.
- A principal forma é a vetorial, que ocorre pela picada de fêmeas de *Aedes aegypti* infectadas. Forma-se o ciclo humano – vetor – humano;
- Na natureza, esses vírus se mantêm entre mosquitos, principalmente por intermédio da transmissão transovariana (vertical).

Diante da suspeita, o que é importante saber sobre o ciclo de vida do vetor?

- Transmissão por vetor (vetorial);
- Voo baixo;
- No máximo, voo a 200 (duzentos) metros de onde nasce;

- Apesar de viver apenas 45 (quarenta e cinco) dias, pode colocar 450 (quatrocentos e cinquenta) ovos;
- Pica preferentemente de dia;
- Tem comportamento mais agressivo;
- Os sintomas da picada costumam surgir dentro de 20 (vinte) minutos e podem ficar causando coceira por até dois dias;
- Cinco a seis dias incubando no ser humano;
- Transmissível- até 5º ao 6º dia de sintomas.

Qual a importância da integração da Vigilância Epidemiológica à Atenção Básica e à rede de serviços?

- Forte presença da Atenção Básica, que deve estar preparada para:
- Fazer a suspeita;
- Realizar procedimentos para diagnóstico clínico (Prova do laço);
- Solicitar exames, fazer o recebimento e a análise oportuna;
- Proceder com a notificação;
- Realizar a hidratação oral precoce;
- Integrar a rede de urgência e emergência para os casos que necessitem de internação.

Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social

De acordo com o **Guia de Vigilância em Saúde**, a responsabilidade pelas ações de comunicação e de mobilização é das três esferas de gestão do SUS, devendo ser conduzidas de forma intersetorial, com apoio de entidades da sociedade civil. Devem-se utilizar meios de comunicação de massa, por seu grande alcance e eficácia, a exemplo das ferramentas de monitoramento da internet (sites e portais) e da interação via redes sociais, que podem servir como instrumentos complementares no período epidêmico. Além disso, a comunicação social pode produzir e distribuir materiais que contemplem as especificidades regionais e locais, de acordo com a situação entomo-epidemiológica e o porte do município. Especialmente nos meses que antecedem as condições climáticas a favorecer o aumento da transmissão, é muito importante informar e mobilizar a população para remover criadouros. Em períodos epidêmicos, além de intensificar a mobilização social, com vistas a eliminar criadouros, o setor de comunicação deve garantir, à população, as seguintes ações:

- Transmitir informações atualizadas geradas pelas áreas técnicas;
- Divulgar sinais e sintomas da complicação das doenças transmitidas pelo Aedes.
- Transmitir alerta dos profissionais de saúde à população sobre a necessidade de eliminar os criadouros e os perigos da automedicação;
- Orientar a população a procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS), ao surgirem os primeiros sintomas.

SAIBA MAIS

Consulte na lista abaixo os sites de interesse para sua referência:

Ministério da Saúde

<https://www.saude.gov.br/>

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

<https://www.conasems.org.br/>

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)

<https://www.conass.org.br/>

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

<http://conselho.saude.gov.br/>

Lista atualizada de doenças, agravos e eventos de notificação compulsória

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/notificacao-compulsoria/lista-nacional-de-notificacao-compulsoria-de-doencas-agravos-e-eventos-de-saude-publica>

Painel Coronavírus

<https://covid.saude.gov.br>

Painel de Monitoramento das Arboviroses:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti/monitoramento-das-arboviroses>

Óbitos por SRAG, independente de hospitalização, devem ser notificados no Sivep-Gripe

<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/>

REFERÊNCIAS

Brasil. Portaria GM Nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília: CNS; 2018 [cited 2022 Nov 27]. Available from: **<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>**

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.102, de 13 de maio de 2022- DNC – Universal. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir o Sars-CoV-2 no item da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a coronavírus e incluir a covid-19, a Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19 e a Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19 na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional [Internet].

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes [Internet]. Brasília: MS; 2016 [cited 2022 Nov 27]. Available from:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0205_17_02_2016.html

Ministério da Saúde- Secretaria de Vigilância em Saúde- Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis – Coordenação Geral de Vigilância das Síndromes Gripais – Nota Técnica Nº 14/2022-CGGRIPE/DEIDT/SVS/MS – 31 de outubro de 2022. Available from:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0030035449-nt-14-cggripe-atualizacoes-ve-covid-19.pdf

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]; Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2021 Nov 11 [revised 2022 Mai 20; cited 2022 Nov 27]. Available from:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf

Waldman, E. Vigilância em Saúde Pública [Internet]. São Paulo: FSP. 1998 [cited 2022 Nov 27]. 253 p. Available from: **<http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/Volume07.pdf>**

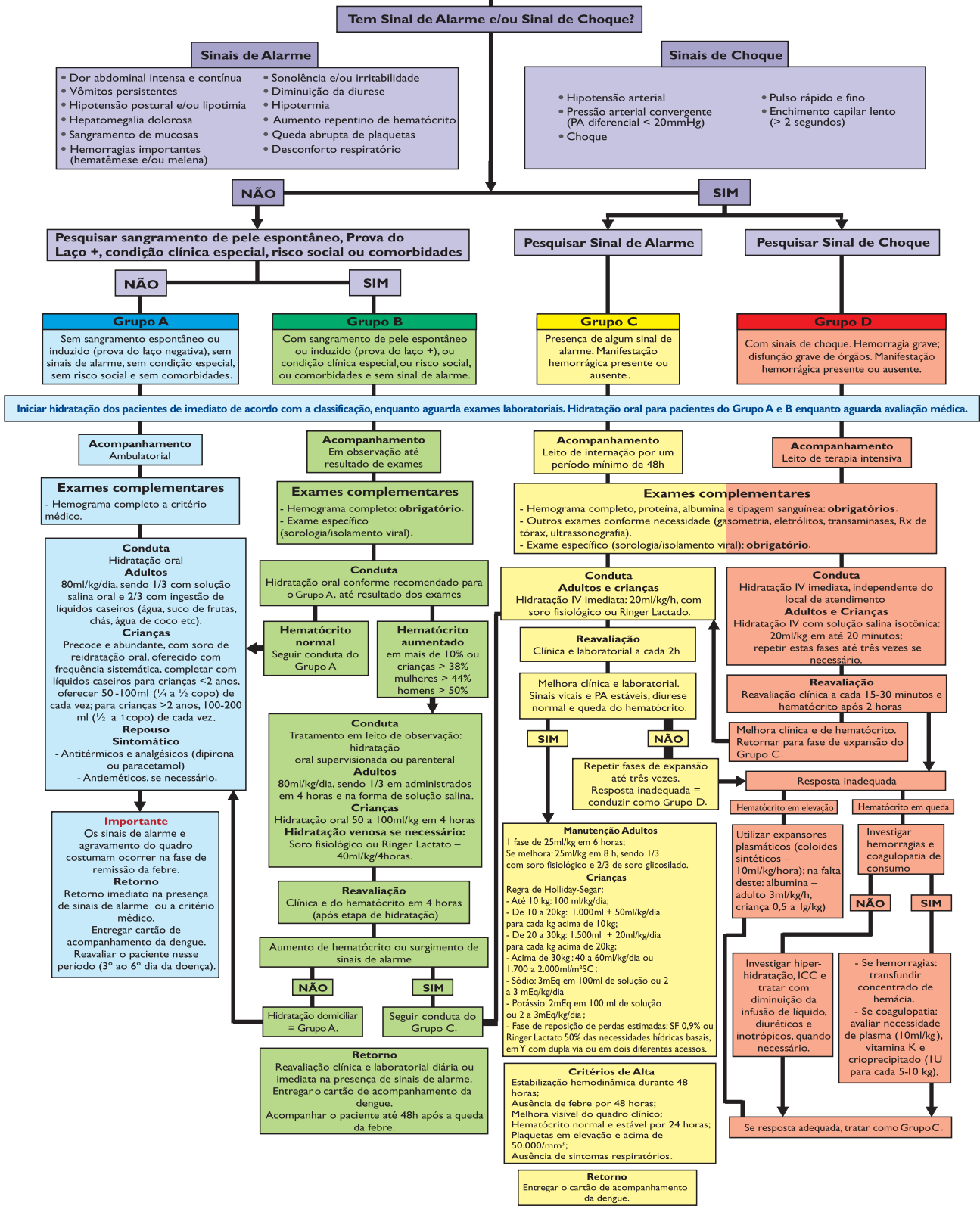
World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). Report. Weekly Epidemiological and Operational updates [Internet]. 2022 Jul [cited 2022 Nov 27] Available from:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

DENGUE

Classificação de Risco e Manejo do Paciente

Suspeita de Dengue
Febre com duração máxima de 7 dias mais, pelo menos, dois sintomas (cefaleia, dor retroorbitária, exantema, prostração, mialgia, artralgia).
Pesquisar data de início de sintomas / História epidemiológica compatível
*** **Notificar todo caso suspeito de dengue**



SAS/SVS – Brasília/DF – jan./2013 – 225.000 ex. – 29,7 X 42 cm – Editora MS/CGDI/SA – OS 0138/2013

Condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades: lactentes (menores de 2 anos), gestantes, adultos com idade acima de 65 anos, com hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença ácido péptica e doenças autoimunes. Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.
Exames complementares: hemograma obrigatório e outros exames laboratoriais de acordo com a condição clínica associada.
Reclassificar os pacientes após cada avaliação clínica e resultado de exames seguindo protocolo da dengue e vigilância clínica específica (condições associadas).
Obs.: consultar manual do MS para conduta em condições clínicas especiais.

Prova do Laço
Verificar a PA (deitada ou sentada); Calcular o valor médio: (PA sistólica+ PA diastólica)/2;
Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por 5 minutos em adulto (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de micropetéquias ou equimoses;
Desenhar um quadrado de 2,5cm (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço;
Contar o número de micropetéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

Todo caso suspeito de dengue deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica, sendo imediata a notificação das formas graves.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sinais/ Sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre (duração)	> 38 °C 4 a 7 dias	Sem febre ou subfebril (≤38 °C) 1 a 2 dias subfebril	> 38 °C Febre alta 2 a 3 dias
Rash Cutâneo (frequência)	Surge a partir do 4º dia 30% a 50% dos casos	Surge no 1º dia ou 2º dia 90% a 100% dos casos	Surge do 2º ao 5º dia 50% dos casos
Mialgias (frequência)	+++	++	+
Artralgia (intensidade)	+ Leve	++ Leve/moderada	+++ Moderada/intensa
Edema de articulação (intensidade)	Raro	Frequente leve	Frequente Moderada/intensa
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30% dos casos
Cefaleia	+++	++	+
Hipertrofia ganglionar	+	++	+++
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Risco de morte	+++	+*	++
Acometimento neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	++++	+++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	Ausente (raro)	++

Fonte: Brito C, Rev Soc Bras Med Trop 49(5):537-543, 2016

* Pode haver risco de morte nos casos neurológicos, como a SGB decorrente de Zika, ou em crianças com malformações.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Vacinas para a criança

Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendado	Mínimo
BCG (1)	Formas graves de tuberculose, meningite e miliar	Bactéria viva atenuada	Dose única	-	Ao nascer	-	-
Hepatite B recombinante (2)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Dose ao nascer	-	Ao nascer	-	-
Poliomielite 1,2,3 (VIP - inativada)	Poliomielite	Vírus inativado tipos 1, 2, e 3	3 doses	2 reforços com a vacina VOP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias
Poliomielite 1 e 3 (VOP - atenuada)	Poliomielite	Vírus vivo atenuado tipos 1 e 3	-	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade	-	1º reforço: 6 meses após 3ª dose da VIP 2º reforço: 6 meses após 1º reforço
Rotavírus humano G1P1 (VRH) (3)	Diarréia por Rotavírus	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses	60 dias	30 dias
DTP+Hib+HB (Penta)	Difteria, Tétano, Coqueluche, <i>Haemophilus influenzae</i> B e Hepatite B	Toxóides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativada. Oligossacarídeos conjugados do Hib, antígeno de superfície de HB	3 doses	2 reforços com a vacina DTP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias
Pneumocócica 10-valente (PCV 10) (4)	Pneumonias, Meningites, Otites, Sinusites pelos sorotipos que compõem a vacina	Polissacarídeo capsular de 10 sorotipos pneumococos	2 doses	Reforço	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o reforço
Meningocócica C (Conjugada) (4)	Meningite meningocócica tipo C	Polissacarídeos capsulares purificados da <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogruppo C	2 doses	Reforço	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 5 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o 1º reforço
Febre Amarela (Atenuada) (5)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	1 dose	Reforço	Dose: 9 meses Reforço: 4 anos de idade	-	30 dias
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (6)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivos atenuados	2 doses (primeira dose com SCR e segunda dose com SCR)	-	12 meses	-	30 dias
Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (SCRV) (4) (7)	Sarampo, Caxumba Rubéola e Varicela	Vírus vivos atenuados	2 doses (segunda dose da SCR e primeira de varicela)	-	15 meses	-	30 dias entre a dose de tríplice viral e a dose de tetraviral
Hepatite A (HA) (4)	Hepatite A	Antígeno do vírus da hepatite A, inativada	1 dose	-	15 meses	-	-
Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)	Difteria Tétano Coqueluche	Toxóides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche, inativada	Considerar doses anteriores com penta e DTP	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade	1º ref. 9 meses após 3ª dose 2º ref. 3 anos após 1º reforço	1º reforço: 6 meses após 3ª dose 2º reforço: 6 meses após 1º reforço
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e tétano	Toxóides diftérico e tetânico purificados, inativada	3 doses (Considerar doses anteriores com penta e DTP)	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	A partir dos 7 anos de idade	60 dias	30 dias
Papilomavírus humano (HPV)	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Partícula da cápsula do vírus antígeno de superfície	2 doses	-	9 a 14 anos para Meninas e Meninos	2ª dose: 6 meses após 1ª dose	-
Pneumocócica 23-valente (PPV 23) (8)	Meningite, Sepsis Pneumonias, Sinusite, Otite e Bronquite	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumococos	1 dose	-	A partir de 5 anos de idade para os povos indígenas, sem comprovação de vacina PCV 10	-	-
Varicela (9)	Varicela	Vírus vivo atenuado	1 dose (corresponde à segunda dose da varicela)	-	4 anos	-	30 dias

NOTAS:
 (1) Vacina BCG não precisa ser revacinalizada. Crianças que não apresentarem cartaz de vacinação após receberem a dose da vacina BCG não precisam ser revacinalizadas.
 (2) Vacina Hepatite B deve ser administrada nas primeiras 24 horas, preferencialmente, nas primeiras 12 horas de vida, ainda na maternidade. Esta dose pode ser administrada até 30 dias após o nascimento. Crianças até 6 (seis) anos 11 meses e 29 dias, sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, iniciar ou completar esquema com 3 (três) doses com intervalos de 30 dias, conforme esquema detalhado no tópico da vacina penta. Crianças com 7 anos completos sem comprovação ou com esquema vacinal incompleto, completar 3 (três) doses com a vacina hepatite B com intervalo de 30 dias para a 2ª dose e de 6 meses entre a 1ª e a 3ª.
 (3) A idade mínima para a administração da primeira dose é de 1 mês e 15 dias e a idade máxima é de 7 meses e 29 dias. Se a criança requerer, CUSP/ ou voltar após a vacinação, não opita a dose. Nestes casos, considere a dose válida.
 (4) Administrar 1 (uma) dose da vacina Pneumocócica 10V (conjugada), da vacina Meningocócica C (conjugada), da vacina Hepatite A e da vacina tetraviral em crianças até 4 anos 11 meses e 29 dias e a idade máxima é de 7 meses e 29 dias. Se a criança perder a oportunidade de se vacinar, administrar 1 (uma) dose aos 9 (nove) meses e 1 (uma) dose de reforço aos 4 (quatro) anos. Para as crianças a partir de 5 (cinco) anos de idade, administrar 1 (uma) dose única.
 (5) A recomendação de vacinação contra a febre amarela é para todo Brasil, devendo seguir o esquema de acordo com as indicações da faixa etária e situação vacinal, sendo que, crianças entre 9 (nove) meses e menores de 5 (cinco) anos de idade, administrar 1 (uma) dose aos 9 (nove) meses e 1 (uma) dose de reforço aos 4 (quatro) anos. Para as crianças a partir de 5 (cinco) anos de idade, administrar 1 (uma) dose única.
 (6) A vacinação em bloqueio está indicada em contatos de vacinas suspeitos de sarampo e rubéola, a partir dos 6 meses.
 (7) A vacina tetraviral corresponde à segunda dose da tríplice viral e a primeira dose da vacina varicela. Na sua indisponibilidade, pode ser substituída pelas vacinas tríplice viral e vacina varicela (movonvente).
 (9) A vacina varicela pode ser administrada até 6 anos, 11 meses e 29 dias. Está indicada para toda população indígena a partir dos 7 (sete) anos de idade, não vacinada contra varicela.

Vacinas para o adolescente

Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendado	Mínimo
Hepatite B recombinante	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 6 meses após 1ª dose	2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 4 meses após 1ª dose
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados, inativada	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	-	60 dias	30 dias
Febre amarela (Atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	Dose única, para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação	Reforço, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade	Dose única para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação	-	-
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (1) (2)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivos atenuados	Iniciar ou completar 2 doses, de acordo com situação vacinal	-	-	-	30 dias
Papilomavírus humano (HPV) (3)	Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Partícula da cápsula do vírus antígeno de superfície	Iniciar ou completar 2 doses, de acordo com situação vacinal	-	9 a 14 anos para Meninas e Meninos	2ª dose: 6 meses após 1ª dose	-
Pneumocócica 23-valente (PPV 23) (4)	Meningite, Sepses Pneumônicas, Sinusite, Otite e Bronquite	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumococos	1 dose	-	A partir de 5 anos de idade para os povos indígenas, sem comprovação da vacina PCV 10	-	-
Meningocócica ACWY (Conjugada)	Meningite meningocócica sorogrupos A, C, W e Y	Polissacarídeos capsulares purificados da <i>Neisseria meningitidis</i> dos sorogrupos A, C, W e Y	1 dose	-	11 e 14 anos	-	-

Notas:

- (1) As pessoas que tiverem esquema vacinal completo, independentemente da idade em que foram vacinadas, não precisam receber doses adicionais.
- (2) A vacinação em bloqueios está indicada em contatos de casos suspeitos de sarampo e rubéola, a partir dos 6 meses. Recomenda-se não engravidar por um período de 30 dias, após a aplicação da vacina.
- (3) A vacina HPV também está disponível em esquema de 3 (três) doses aos 0, 2 e 6 meses, para as mulheres (de nove a 45 anos de idade) e homens (de nove a 26 anos de idade) vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea e pacientes oncológicos.
- (4) Esta vacina está indicada para povos indígenas a partir dos 5 (cinco) anos de idade.

Vacinas para o adulto e idoso

Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendado	Mínimo
Hepatite B recombinante	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 6 meses após 1ª dose	2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 4 meses após 1ª dose
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxóides diftérico e tetânico purificados, inativada	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	-	60 dias	30 dias
Febre Amarela (Atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	Dose única, para pessoas que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação	Reforço, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade até 59 anos de idade.	Dose única para pessoas até 59 anos de idade, não vacinada.	-	-
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (1) (2)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo atenuado	2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 59 anos) (verificar situação vacinal anterior)	-	-	-	30 dias
Pneumocócica 23-valente (PPV 23) (3)	Meningite, Sepsis Pneumônicas, Sinusite, Otite e Bronquite	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumococos	1 dose	1 dose deve ser feita 5 anos após a primeira dose	60 anos (acamados ou institucionalizados)	-	-

Notas:

- (1) As pessoas que tiverem esquema vacinal completo, independentemente da idade em que foram vacinadas, não precisam receber doses adicionais.
- (2) A vacinação em bloqueios está indicada em contatos de casos suspeitos de sarampo e rubéola, a partir dos 6 meses. Para os adultos com até 29 anos e profissionais de saúde de qualquer idade, recomenda-se duas doses da vacina SCR, com intervalo de 30 dias. Recomenda-se não engravidar por um período de 30 dias, após a aplicação da vacina.
- (3) Esta vacina está indicada para pessoas a partir dos 60 anos de idade em condições clínicas especiais (acamados, hospitalizados ou institucionalizados) e povos indígenas a partir dos 5 (cinco) anos de idade.

Vacinas para a gestante

Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendado	Mínimo
Hepatite B recombinante (1)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal, independentemente da idade gestacional)	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 6 meses após 1ª dose	2ª dose: 1 mês após 1ª dose 3ª dose: 4 meses após 1ª dose
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	-	60 dias	30 dias
Difteria, Tétano e Pertussis acelular (dTpa) (2)	Difteria, Tétano e Coqueluche	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche, inativada	1 dose para gestantes a partir da 20ª semana de gravidez	1 dose a cada gestação	-	60 dias após dT	30 dias após dT

Nota:

- (1) Administrar 3 (três) doses da vacina hepatite B, considerando a situação de vacinal anterior e os intervalos preconizados entre as doses. Caso não seja possível completar o esquema durante a gestação, deverá concluir após o parto.
- (2) Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o período gestacional, administrar 1 (uma) dose de dTpa no puerpério (até 45 dias), o mais precocemente possível. A vacina dTpa também será ofertada para todos os profissionais de saúde. Gestantes sem histórico vacinal da dT, administrar 2 (duas) doses da vacina dupla adulto (dT) e 1 (uma) dose da vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação.



Educa VE

Iniciativa Educacional em Vigilância Epidemiológica



A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo



PROADI-SUS
Programa de Apoio ao Desenvolvimento
Institucional do Sistema Único de Saúde



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

